Deutscher Bundestag **Drucksache 18/6585**

18. Wahlperiode 04.11.2015

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**
– Drucksachen 18/5170, 18/5868, 18/5976 Nr. 1.11 –

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

b) **zu dem Antrag der Abgeordneten Birgit Wöllert, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**
– Drucksache 18/5202 –

Hochwertige Palliativ- und Hospizversorgung als soziales Menschenrecht sichern

c) **zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
– Drucksache 18/4563 –

Gute Versorgung am Lebensende sichern – Palliativ- und Hospizversorgung stärken

A. Problem

Zu Buchstabe a

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche Pflege und Versorgung. Allerdings fehlten nach Feststellung der Bundesregierung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen entsprechende Hospiz- und Palliativangebote. Auch die Vernetzung von palliativmedizinischer und pflegerischer Versorgung, hospizlicher Begleitung sowie die Kooperation der Leistungserbringer sei bisher zu wenig ausgeprägt.

Zu Buchstabe b

Laut den Antragstellern fehlt es in Deutschland sowohl an einer gesamtgesellschaftlichen und flächendeckenden Hospizkultur als auch an hochwertigen palliativmedizinischen und -pflegerischen Angeboten, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller konstatieren, dass die Palliativ- und Hospizversorgung für viele Menschen nicht ausreichend zugänglich und zu wenig bekannt sei. Insbesondere bei der ambulanten Versorgung, bei der Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Regionen und bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen existiere kein flächendeckendes Angebot.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung will durch gezielte Maßnahmen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die Hospiz- und Palliativversorgung deutschlandweit stärken und ausbauen und den Bürgerinnen und Bürgern ein flächendeckendes Angebot zur Verfügung stellen.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe b

Der Rechtsanspruch auf allgemeine Palliativversorgung müsse so festgeschrieben werden, dass jede Bürgerin und jeder Bürger diesen unabhängig von der Art der Erkrankung, von einer Behinderung, vom individuellen Lebensort, von der Wohnform sowie der Versicherungsform nutzen könne. Zudem müssten weitere gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung ergriffen werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5202 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe c

Durch entsprechende gesetzliche Regelungen müsse zum einen die Palliativ- und Hospizversorgung insbesondere in unterversorgten Regionen und stationären Pflegeeinrichtungen ausgebaut und zum anderen müssten Palliativ- und Hospizversorgung sowie Hospizkultur grundsätzlich gestärkt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4563 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b und c

Annahme eines Antrags oder beider Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Das Gesetz führt zu folgenden jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung:

Die Erhöhung des Mindestzuschusses für stationäre Hospize auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergibt im Jahr 2016 Mehrausgaben von etwa 13 Millionen Euro. Die jährlichen Mehrausgaben in den Folgejahren verändern sich gemäß der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße. Die Erhöhung des Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten für stationäre Hospize ergibt jährliche Mehrausgaben in Höhe von etwa 4 Millionen Euro. Die Berücksichtigung der Sachkosten bei der Förderung der ambulanten Hospizdienste führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe eines einstelligen Millionenbetrags.

Die zusätzliche vertragsärztliche Vergütung kann abhängig von den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu folgenden jährlichen Mehrausgaben führen: für die Förderung der vertragsärztlichen Qualifikation in der Palliativversorgung, der interprofessionellen Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie der aktiven Kooperation zu einem unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrag; für die Stärkung der kooperativen und koordinierten vertragsärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu einem mittleren bis höheren zweistelligen Millionenbetrag; für die vertragsärztliche Beteiligung an der Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeeinrichtungen zu einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag.

Die gesetzliche Klarstellung zum Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege im Hinblick auf ambulante Palliativversorgung, die Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege und die Förderung der Verträge zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung führen zu jährlichen Mehrausgaben in diesen Leistungsbereichen. Da diese von den jeweiligen Festlegungen der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. vom zukünftigen Verordnungs- und Vertragsgeschehen abhängen, sind diese Mehrausgaben derzeit nicht konkret quantifizierbar.

Stellt die Hälfte der vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Beratungsangebote zur Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase bereit, kann von jährlichen Mehrausgaben für die Einrichtungen in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages ausgegangen werden. Bei Ausbau des Angebots in den Folgejahren ist von einer Verdoppelung auszugehen.

Ob und inwieweit durch die gestärkte Option zur Verhandlung krankenhausindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten jährliche Mehrausgaben entstehen, ist abhängig von den krankenhausindividuellen Verhandlungsergebnissen und damit grundsätzlich nicht vorhersehbar.

Den genannten Mehrausgaben können Minderausgaben aufgrund einer verbesserten Koordinierung der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung gegenüberstehen. Das betrifft etwa die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte, unnötiger Mehrfachmedikation oder unnötiger Doppeluntersuchungen. Diese Effekte sind allerdings mittelbarer Natur und nicht konkret quantifizierbar.

Vorbehaltlich der Einschätzung, dass die mit den Maßnahmen dieses Gesetzes verbundenen Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen und schwer prognostizierbarer Verhandlungsergebnisse der Selbstverwaltungspartner sowie Verhaltensanpassungen oft nicht näher quantifizierbar sind, könnte die jährliche Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesetz insgesamt bei voller Jahreswirkung einen unteren bis mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die maßgeblichen Organisationen der stationären Hospize und ambulanten Hospizdienste führt die regelmäßige Anpassung der Rahmenverträge über Hospizleistungen alle vier Jahre zu einem wiederkehrenden geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Den stellungnahmeberechtigten Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung entsteht bei der Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege ein einmaliger geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Die Kosten der Beratungsangebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zur Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase werden von den Krankenkassen erstattet. Der Erfüllungsaufwand der Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe entspricht daher den Haushaltsausgaben der Krankenkassen ohne Erfüllungsaufwand.

Den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf Bundesebene entsteht durch die Vereinbarung der Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Stellungnahmeberechtigten Organisationen (soweit sie der Wirtschaft zuzuordnen sind) entsteht ein einmaliger geringer Beteiligungsaufwand.

Bei schiedsfähigen Vereinbarungen nach diesem Gesetz können den daran beteiligten Vertragspartnern der SAPV bzw. den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner zusätzliche einmalige Aufwendungen für ein etwaiges Schiedsverfahren entstehen.

Den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen in den Ländern entsteht durch die Anpassung der Landesrahmenverträge in der sozialen Pflegeversicherung ein einmaliger Umstellungsaufwand von insgesamt mehreren zehntausend Euro.

Soweit die Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser erfolgt, entfallen bisher mögliche Schiedsstellenverfahren hierzu, so dass mit einer geringen Entlastung beim Erfüllungsaufwand auf Seiten der Krankenhäuser zu rechnen ist, der aber nicht näher quantifiziert werden kann.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die Informationspflichten der vollstationären Pflegeeinrichtungen über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen führen ab dem Jahr 2016 zu jährlichen Bürokratiekosten von insgesamt mehreren zehntausend Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der jährliche Erfüllungsaufwand der Krankenkassen für die Beratung der Versicherten und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ist im Rahmen der bestehenden Haushaltsansätze zu tragen.

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die regelmäßige Anpassung der Rahmenverträge über Hospizleistungen alle vier Jahre zu einem wiederkehrenden geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht durch die neuen Regelungen zur Palliativversorgung im Bundesmantelvertrag und den Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ein einmaliger Erfüllungsaufwand von insgesamt rund 20 000 Euro. Zudem entsteht beim Bewertungsausschuss für die neuen Berichtspflichten ab dem Jahr 2017 ein einmaliger und ein jährlicher Erfüllungsaufwand von jeweils wenigen tausend Euro.

Die Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege führt zu einem einmaligen geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Für den Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes und zur Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege jeweils ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand. Mehrbedarfe an Sach- und Personalmitteln werden finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan ausgeglichen.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht durch die Vereinbarung der Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf Bundesebene ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Stellungnahmeberechtigten Organisationen (soweit sie der Verwaltung zuzuordnen sind) entsteht ein einmaliger geringer Beteiligungsaufwand.

Bei schiedsfähigen Vereinbarungen nach diesem Gesetz können den daran beteiligten Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Vertragspartner einmalige Aufwendungen für ein etwaiges Schiedsverfahren entstehen. Dabei kann der zuständigen Aufsichtsbehörde des Bundes oder des Landes über die vertragsschließende bundes- oder landesunmittelbare Krankenkasse oder

über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand zur Bestimmung einer Schiedsperson im Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien entstehen.

Auf Landesebene entsteht durch die Anpassung der Landesrahmenverträge in der sozialen Pflegeversicherung ein einmaliger Umstellungsaufwand von insgesamt mehreren zehntausend Euro. Die Veröffentlichungspflicht der Landesverbände der Pflegekassen über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen führt ab 2016 zu jährlichen Bürokratiekosten von insgesamt mehreren zehntausend Euro.

Soweit die Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser erfolgt, entfallen bisher mögliche Schiedsstellenverfahren hierzu, so dass mit einer geringen Entlastung beim Erfüllungsaufwand auf Seiten der Kostenträger zu rechnen ist, der aber nicht näher quantifiziert werden kann.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,

b) den Antrag auf Drucksache 18/5202 abzulehnen,

c) den Antrag auf Drucksache 18/4563 abzulehnen.

Berlin, den 4. November 2015

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Emmi Zeulner
Berichterstatterin

Helga Kühn-Mengel
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)
– Drucksachen 18/5170, 18/5868 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland	**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland**
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)	**(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Nach § 27 Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“	
2. Nach § 37 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	2. Nach § 37 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen.“	„(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. **§ 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.**“

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	2a. Dem § 37b wird folgender Absatz 4 angefügt:
	„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.“
3. § 39a wird wie folgt geändert:	3. § 39a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden die Wörter „zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert“ durch die Wörter „zu 95 Prozent“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 3 werden die Wörter „7 vom Hundert“ durch die Angabe „9 Prozent“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 5 *wird vor* dem *Punkt am Ende ein Komma und werden* die Wörter „*zu denen auch eine* gesonderte *Vereinbarung* nach Satz 4 *abgeschlossen werden kann*“ eingefügt.	cc) In Satz 5 **werden nach** dem **Wort „Kinderhospizen“** die Wörter „**und in Erwachsenenhospizen durch jeweils** gesonderte **Vereinbarungen** nach Satz 4“ eingefügt.
dd) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:	dd) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„In *der Vereinbarung* nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die *Vereinbarung* nach Satz 4 *ist* spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“	„In **den Vereinbarungen** nach Satz 4 sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die **Vereinbarungen** nach Satz 4 **sind** spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. **In den Vereinbarungen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stati-**

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	onäres Hospiz wechseln können; dabei sind die berechtigten Wünsche der Bewohner zu berücksichtigen.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	aa) u n v e r ä n d e r t
„Satz 1 gilt entsprechend, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitung im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen.“	
bb) In dem neuen Satz 5 wird das Wort „Personalkosten“ durch die Wörter „Personal- und Sachkosten“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In dem neuen Satz 7 wird das Wort „Personalkosten“ durch die Wörter „Personal- und Sachkosten“ ersetzt.	cc) In dem neuen Satz 7 wird **die Angabe „11“ durch die Angabe „13“ ersetzt und wird** das Wort „Personalkosten“ durch die Wörter „Personal- und Sachkosten“ ersetzt.
dd) In dem neuen Satz 9 werden vor dem Wort „ausreichend“ die Wörter „und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches“ eingefügt.	dd) u n v e r ä n d e r t
ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:	ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist spätestens zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“	„Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist spätestens zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. **Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches sollen mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.**“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. Nach § 39a wird folgender § 39b eingefügt:	4. Nach § 39a wird folgender § 39b eingefügt:
„§ 39b	„§ 39b
Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen	Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsinanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.“	**(1)** Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsinanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.
	(2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in allgemeiner Form über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] für seine Mitglieder das Nähere zu Form und Inhalt der Informationen und berücksichtigt dabei das Informationsmaterial und die Formulierungshilfen anderer öffentlicher Stellen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. § 73 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	5. § 73 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Nummer 13 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgende Nummer 14 wird angefügt:	
„14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.“	
b) In Satz 2 wird die Angabe „*12*“ durch die Angabe „14“ ersetzt.	b) In Satz 2 wird die Angabe „**10 und 11**“ durch die Angabe „**10, 11 und** 14“ ersetzt.
6. § 87 wird wie folgt geändert:	6. § 87 wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:	a) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:
„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:	„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:
1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.	4. u n v e r ä n d e r t
Der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf der Grundlage der Vereinbarung hat der	Der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer **sowie den in § 92 Absatz 7b genannten Organisationen** ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stel-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“	lungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf der Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“
b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Bis spätestens zum 31. Dezember 2015 ist mit Wirkung zum 1. April 2016 eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden.“	
7. § 92 Absatz 7 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt:	
„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.“	
b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter „und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene“ eingefügt.	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
8. § 119b wird wie folgt geändert:	8. § 119b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 2 werden die Wörter „bis spätestens 30. September 2013“ gestrichen.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der *Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab,* nach *der zusätzliche ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen* nach Absatz *2 entsprechen,* verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den Bewertungsausschuss nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“	„(3) Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der **Vergütungsregelung** nach **§ 87** Absatz **2a** verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den Bewertungsausschuss nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“
9. § 132d wird wie folgt geändert:	9. § 132d wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“	
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
„(3) Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die Empfehlungen nach Absatz 2 und *die* Richtlinien	„(3) Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die **Qualitätsanforderungen in den** Empfehlungen

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.“	nach Absatz 2 und **in den** Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.“
10. Nach § 132f wird folgender § 132g eingefügt:	10. Nach § 132f wird folgender § 132g eingefügt:
„§ 132g	„§ 132g
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 3 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren. “	(4) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 3 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.
	(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach alle drei Jahre über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und die Umsetzung der Vereinbarung nach Absatz 3.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Er legt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erstatteten Leistungen fest.“
11. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 werden nach dem Wort „und“ die Wörter „nach § 39b sowie“ eingefügt.	11. u n v e r ä n d e r t
Artikel 2	**Artikel 2**
Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
§ 87a Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, das zuletzt durch Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	
„Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“	
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**u n v e r ä n d e r t**
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Dem § 28 wird folgender Absatz 5 angefügt:	
„(5) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“	
2. In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Sterbebegleitung“ eingefügt.	
3. § 114 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	
„Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:	
1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,	
2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie	
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.“	
b) In Satz 7 wird nach dem Wort „Versorgung“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.	
4. In § 115 Absatz 1b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.	
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
In § 17b Absatz 1 *Satz 15* des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I, S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. *886*) geändert worden ist, wird *vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend“ eingefügt.*	§ 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. **1133**) geändert worden ist, wird **wie folgt geändert:**
	1. In Satz 15 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend“ eingefügt.
	2. Folgender Satz wird angefügt:
	„Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.“
	Artikel 4a
	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	Dem § 6 Absatz 2a des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:
	„Soweit für die palliativmedizinische Versorgung durch Palliativdienste noch kein Zusatzentgelt nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 kalkuliert werden kann, ist hierfür ab dem Jahr 2017 unter Beachtung der nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für Palliativdienste entwickelten Kriterien ein gesondertes krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren; Satz 2 gilt entsprechend.“
Artikel 5	**Artikel 5**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Artikel 2 tritt am 1. April 2016 in Kraft.	(2) Artikel 2 tritt am 1. April 2016 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Emmi Zeulner, Helga Kühn-Mengel, Birgit Wöllert und Elisabeth Scharfenberg

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 18/5170, 18/5868** in seiner 111. Sitzung am 17. Juni 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/5202** in seiner 111. Sitzung am 17. Juni 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, an den Haushaltsausschuss, an den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/4563** in seiner 101. Sitzung am 24. April 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche Pflege und Versorgung. Allerdings fehlten nach Feststellung der Bundesregierung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen die entsprechenden Hospiz- und Palliativangebote. Die Vernetzung von palliativmedizinischer und pflegerischer Versorgung, hospizlicher Sterbebegleitung sowie die Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer sei ebenfalls nicht optimal.

Deshalb soll durch gezielte Maßnahmen die Hospiz- und Palliativversorgung deutschlandweit gestärkt und ausgebaut und den Bürgerinnen und Bürgern ein flächendeckendes Angebot zur Verfügung gestellt werden. Da der Hilfebedarf von schwerkranken und sterbenden Menschen sehr individuell ist und sich auch ändert, sollen bestehende und neue Versorgungsangebote künftig besser verzahnt werden.

1. Ambulante Palliativversorgung (APV)

Der Leistungsanspruch auf APV soll gesetzlich klargestellt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für die Palliativpflege konkrete Festlegungen zu den Versorgungsanforderungen treffen, die auch Regelungen zur Zusammenarbeit an den Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Versorgung umfassen und die zudem die besonderen Belange von Kindern berücksichtigen. Zur Stärkung der APV und der Vernetzung hospizlicher und palliativer Angebote sowie zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Kooperation der an der Versorgung Beteiligten, sollen im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich vergütete Leistungen eingeführt werden. Ärztinnen und Ärzte, die diese erbringen wollen, müssen besondere Qualifikationsanforderungen erfüllen und sich an der Netzwerkarbeit oder einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern beteiligen. Die ge-

meinsame Selbstverwaltung soll hierzu konkretisierende Vorgaben für die besonders qualifizierten und koordinierten Leistungen erarbeiten. Die Finanzierung soll zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen.

2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die vertragliche Umsetzung der SAPV soll erleichtert und den Vertragspartnern mehr Gestaltungsspielraum gegeben werden. Dadurch soll insbesondere im ländlichen Raum der weitere Aufbau entsprechender Strukturen gefördert werden. Hierzu wird u. a. ein Schiedsverfahren für streitige Vertragsverhandlungen etabliert und es wird klargestellt, dass die SAPV gemeinsam mit der allgemeinen APV in Selektivverträgen geregelt werden kann.

3. Stationäre Hospizversorgung und ambulante Hospizarbeit

Zur Stärkung und zum weiteren Ausbau der hospizlichen Arbeit sowie zur Beseitigung von Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Kostenerstattung werden verschiedene Maßnahmen ergriffen. So soll die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize deutlich verbessert werden. Künftig übernehmen die Krankenkassen für Erwachsene in stationären Hospizen 95 Prozent (bisher 90 Prozent) der zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung. Weiter soll der Mindestzuschuss zur stationären Hospizversorgung pro Tag von sieben auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erhöht werden. Bei der ambulanten Hospizarbeit sollen künftig nicht nur die Personalkosten, sondern auch die Sachkosten angemessen berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 SGB V dafür Sorge zu tragen haben, dass

– die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizarbeit an die aktuellen Versorgungs- und Kostenentwicklungen angepasst wird,
– Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen vereinbart werden,
– ambulante Hospizdienste zeitnah von den Krankenkassen finanziell gefördert werden,
– die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei den Vereinbarungen besonders berücksichtig werden,
– das Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den aktuellen Versorgungsanforderungen entspricht,
– die Vernetzung verschiedener Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sichergestellt ist.

4. Palliativstationen in Krankenhäusern

Zur Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern wird die Option zur Verhandlung von krankenhausindividuellen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten gestärkt. Das heißt, besondere Einrichtungen sollen künftig die Möglichkeit haben, außerhalb der DRG-Vergütung abzurechnen.

5. Stationäre Pflegeeinrichtungen

Es soll gesetzlich klargestellt werden, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen Teil der Pflege sind. Deren Bedeutung wird durch die ausdrückliche Benennung in den gesetzlichen Vorgaben betont. Zur Verbesserung der Kooperation von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Hospiz- und Palliativnetzen und vertragsärztlichen Leistungserbringern sollen diese Kooperationsvereinbarungen abschließen, die den Landesverbänden der Pflegekassen gemeldet werden. Parallel wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell gefördert. Hierfür soll eine unbefristete, obligatorische Vergütung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen werden. Die Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

6. Beratungsangebote

Für Versicherte soll der Leistungsanspruch auf individuelle Information, Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung geschaffen werden. Die Krankenkassen sollen sich hierzu mit anderen Beratungsstellen und beteiligten Leistungserbringern abstimmen, damit Informationsdefizite sowie Versorgungs- und Betreuungslücken verhindert werden. Den vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen werden finanzielle Anreize gesetzt, damit sie in Kooperation mit anderen Versorgern und Leistungserbringern individuelle, ganzheitliche Beratungsangebote, die Hinweise und Empfehlungen zur palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Ver-

sorgung sowie psychosozialen Begleitung beinhalten, bereitstellen. Die Anforderungen und Inhalte der Beratungsangebote sollen einheitlich in einer Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Interessensvertretern der vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Bundesebene vereinbart werden. In der Rahmenvereinbarung ist auch zu regeln, für welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten tragen.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung abgegeben. Er macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen geltend (Drucksache 18/5170, Anlage 2, Seite 37).

Der **Bundesrat** hat in seiner 934. Sitzung am 12. Juni 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen (Drucksache 18/5170, Anlage 3):

Für die Hospizförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung solle es eine verpflichtende eigene Rahmenvereinbarung für Kinderhospize sowie allgemeine Vorgaben zur Personalausstattung stationärer Hospize geben. Die Beratung der Krankenkassen zu den Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung solle thematisch auch die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht umfassen. Die neue Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeheimen solle auf den ambulanten und stationären Bereich erweitert und auch durch ambulante Hospiz- und Pflegedienste sowie Krankenhäuser angeboten werden. Außerdem solle das neue Beratungsangebot nach drei Jahren evaluiert und Bestandteil der MDK-Qualitätsprüfungen werden; es solle als „versicherungsfremde“ Leistung über Steuern oder den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden und es solle auch für Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigte des Versicherten angeboten werden. Für die soziale Pflegeversicherung wird gefordert, den Leistungskatalog um die Hospizbegleitung und die Palliativpflege zu erweitern und die vorhandenen Reglungen zur medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen zu überprüfen. Für das Krankenhauswesen wird gefordert, die Finanzierung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen außerhalb des DRG-Systems durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser gegenüber den Kostenträgern dauerhaft zu gewährleisten.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 18/5868 eine Zusage hinsichtlich der dauerhaften Gewährleistung der Finanzierung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser gegenüber den Kostenträgern erklärt sowie verschiedene Prüfzusagen gemacht. Diese Prüfzusagen bezogen sich auf die eigenständigen Rahmenvereinbarungen für Kinderhospize, die Beratung der Krankenkassen über Vorsorgeentscheidungen, die Evaluation verschiedener Maßnahmen des Gesetzentwurfes sowie weitere Modellvorhaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Im Übrigen waren die Vorschläge aus Sicht der Bundesregierung abzulehnen. Das betraf insbesondere die Übertragung der Beratung der Krankenkassen auf Dritte, die Vorschläge zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeheimen (Erweiterung auf ambulanten Versorgungsbereich und Krankenhäuser, Steuerfinanzierung und MDK-Prüfung) sowie die Vorschläge zu weitergehenden Maßnahmen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung.

Zu Buchstabe b

Laut den Antragstellern fehlt es in Deutschland immer noch sowohl an einer gesamtgesellschaftlichen und flächendeckenden Hospizkultur als auch an hochwertigen palliativmedizinischen und -pflegerischen Angeboten, obwohl mehr als 90 Prozent der Sterbenden über einen längeren Zeitraum multimorbide, chronisch krank oder hochbetagt pflegebedürftig sind. Insbesondere in Pflegeheimen und in ländlichen Räumen sei eine qualifizierte Palliativversorgung oder eine hospizliche Sterbebegleitung kaum verfügbar. Deshalb müssten gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung ergriffen werden, die sichern, dass hochwertige Palliativangebote zur Regelversorgung gehören und zeitnah sowie wohnortnah verfügbar sind. Hierzu haben die Antragsteller entsprechende Forderungen formuliert:

1. Rechtsanspruch

Für alle Bürgerinnen und Bürger solle der Rechtsanspruch auf eine allgemeine Palliativversorgung (APV), auf eine allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sowie auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Regelanspruch im SGB V bzw. SGB XI konkret ausgestaltet festgeschrieben werden, was allerdings nicht zu einer Erhöhung des Eigenanteils im Bereich der Pflege führen dürfe. Die Ungleichbehandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen bezüglich des Hospizanspruches ist aufzuheben. Zudem müsse ein allgemeiner Rechtsanspruch auf individuelle palliative Versorgungsplanung geschaffen werden.

2. Hospize

Der flächendeckende, barrierefreie Ausbau von Hospizangeboten müsse gefördert und finanziert werden. Die Hospizleistungen sollten bedarfsdeckend, die stationären Hospize voll und die Sachkosten ambulanter Hospizleistungen mindestens in Höhe von 25 Prozent finanziert werden. Für Kinderhospize müssten eigenständige Rahmenvereinbarungen getroffen werden.

3. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

Zur qualitativen Verbesserung der Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen müsse der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden, entsprechende Qualitäts- und Personalbemessungsstandards zu definieren, den Abschluss von Selektivverträgen zu unterbinden, wenn diese Menschen betreffen, die lebensbegrenzend erkrankt seien, und die koordinierten ärztlichen Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags obligatorisch zu benennen. Die Abrechnung von Palliativleistungen müsse außerhalb des Fallpauschalensystems erfolgen. Es sollten zudem Palliativbeauftragte zur Koordination eingesetzt und das Entlassmanagement zu einem Fallmanagement umgestaltet werden.

4. Nationale Palliativstrategie

Gemeinsam mit den beteiligten Akteuren solle eine nationale Palliativstrategie entwickelt werden, um hochwertige Palliativversorgung als Menschenrecht auszugestalten. Bestandteile der Strategie sollten u. a. sein: bundesweit einheitliche, wissenschaftlich begründete und überprüfbare Qualitäts- und Versorgungsstandards, einheitliche Aus- und Fortbildungsangebote für die Gesundheitsberufe im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung sowie Ausbau der Informations- und Beratungsangebote für Betroffene.

5. Fakultativprotokoll zum UN-Sozialpakt

Die Antragsteller fordern zudem die Bundesregierung auf, das Fakultativprotokoll zum UN-Sozialpakt unverzüglich zu unterzeichnen und dem Deutschen Bundestag einen entsprechenden Gesetzentwurf zur Ratifizierung vorzulegen.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller konstatieren, dass die Palliativ- und Hospizversorgung für viele Menschen nicht ausreichend zugänglich und zu wenig bekannt sei. Insbesondere bei der ambulanten Versorgung, bei der Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Regionen und bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen existiere kein flächendeckendes Angebot. Durch entsprechende gesetzliche Regelungen müsse deshalb zum einen die Palliativ- und Hospizversorgung insbesondere in unterversorgten Regionen ausgebaut und zum anderen müssten die Palliativ- und Hospizversorgung sowie die Hospizkultur grundsätzlich gestärkt werden. Besonders wichtig sei die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegereinrichtungen. Die Antragsteller haben fünf Handlungsfelder identifiziert:

1. Beratung und Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden

Die Beratung und Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen zur Palliativ- und Hospizversorgung müsse verbessert werden, indem ein Anspruch auf individuelle Pflegeberatung, Aufklärung, Unterstützung und Begleitung durch ein unabhängiges Case Management festgeschrieben und die Trauerbegleitung sowie die psychosozialen Betreuung für Angehörige stärker durch die gesetzliche Krankenversicherung gefördert wird. Die öffentliche Information über bestehende Angebote sollte verbessert werden.

2. Bürgerschaftliches Engagement in der Palliativ- und Hospizarbeit

Gemeinsam mit Ländern und Kommunen müsse das bürgerschaftliche Engagement in der Palliativ- und Hospizarbeit besser unterstützt und mehr Menschen für diese Aufgaben gewonnen werden. Zusätzlich müssten geeignete Konzepte zur Einbindung der hospizlichen Arbeit in die Versorgungspraxis und für die Zusammenarbeit mit den professionellen Akteuren entwickelt werden. Eine verlässliche Finanzierung müsse hierfür sichergestellt werden.

3. Bedarfsgerechter Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung

Die Palliativ- und Hospizversorgung müsse bedarfsgerecht ausgebaut werden. Dabei müsse die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gleichgestellt werden. Es müsse darauf hingewirkt werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer insbesondere für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen weitere Verträge zur SAPV abschlössen und dass privat Krankenversicherte ebenfalls einen Leistungsanspruch auf eine Palliativ- und Hospizversorgung erhielten. Für eine Versorgung aus einer Hand müssten zudem Anreize zur besseren Vernetzung und Kooperation sämtlicher

Akteure gesetzt werden. Stationären Hospize müssten durch eine Erhöhung des kalendertäglichen Mindestzuschusses von derzeit 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV finanziell und durch verbindliche Vereinbarungen zu Leistung und Qualität, insbesondere zu angemessenen Personalschlüsseln, personell besser unterstützt werden. Durch regionale Bedarfsanalysen könnten vorhandene und fehlende Angebote für eine flächendeckende ambulante und (teil-)stationäre palliativ-hospizliche Versorgung ermittelt und so Versorgungslücken geschlossen werden. Ein Förderprogramm zur gezielten Bezuschussung des Aufbaus der erforderlichen Angebote sollte geprüft werden. Im Gesamtkontext wird auch die Liberalisierung der betäubungsmittelrechtlichen Regelungen gefordert.

4. Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern

Mit den Ländern solle ein Konzept zur Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kooperation und Vernetzung sämtlicher Akteure entwickelt werden. Darüber hinaus müssten verbindliche Personalbemessungsinstrumente geschaffen werden. Bis zu deren Einführung solle den stationären Pflegeeinrichtungen ein Vergütungszuschlag gewährt werden, wenn sie einen durch palliative Aufwendungen bedingten erhöhten Versorgungsaufwand belegten. Auch die (fach-)ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen müsse durch die Anpassung der Kooperationsregelung (u. a. § 119b SGB V) verbessert werden.

5. Unterstützung der Forschung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Forschung in diesem Bereich müsse stärker gefördert und Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt unterstützt werden. Unter der Beteiligung von Betroffenen, Angehörigen und Akteuren aus der Praxis solle eine Forschungsagenda für die Palliativversorgung mit einer deutlichen Ausweitung der Förderung und einem Förderprogramm für den Praxis-Transfer entwickelt werden. Ferner müssten mit den Ländern Maßnahmen gegen die unzureichende Berücksichtigung von Palliative Care in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe entwickelt werden. Zudem müssten weitere Lehrstühle zur Palliativversorgung und ein Förderprogramm zum leichteren berufsbegleitenden Erwerb entsprechender Kompetenzen ins Leben gerufen werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 60. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 54. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 73. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5202 zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 56. Sitzung am 30. September 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5202 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 54. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5202 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5202 zu empfehlen.

Zu Buchstabe c

Der Ausschuss für **Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 73. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4563 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 54. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4563 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4563 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 46. Sitzung am 4. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/4563 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 47. Sitzung am 1. Juli 2015 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/5202 und 18/4563 aufgenommen und beschlossen eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 50. Sitzung am 21. September 2015 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Arbeitgeberverband Pflege e. V., Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband Kinderhospiz e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAlzG), Selbsthilfe Demenz, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebshilfe e. V., Deutsche PalliativStiftung, Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV), Deutscher Kinderhospizverein e. V. (DKHV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Humanistischer Verband Deutschlands – Bundesverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Stiftung Deutsche KinderKrebshilfe, Türkisch-Islamische Union der Anstalt für Religion e. V. (DITIB), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST) und ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Claudia Bausewein, Gerda Graf, Dr. Ingrid-Ulrike Grom, Leonhard Wagner und Dr. Birgit Weihrauch. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat in der 57. Sitzung am 4. November 2015 seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 18/5202 abzulehnen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 18/4563 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 beschlossen. Das betrifft zunächst die Evaluation verschiedener Versorgungsinstrumente der Palliativversorgung (häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV, medizinische Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen) mit entsprechenden Berichtspflichten des GKV-Spitzenverbandes. Im Bereich der Hospizversorgung werden getrennte Rahmenvereinbarungen für Kinder- und Erwachsenenhospize verpflichtend, und die Rahmenvertragspartner erhalten den gesetzlichen Auftrag zur Konkretisierung der Fallgruppen, in denen ein Wechsel vom Pflegeheim in ein Hospiz auf Wunsch des Betroffenen ermöglicht werden kann. Die Krankenkassen leisten Zuschüsse an die ambulanten Hospizdienste zukünftig auch zu deren Sachkosten, und Pflegeheime sollen mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtend zusammenarbeiten. Krankassen stellen ihren Versicherten neben der Beratung zu Hospiz- und Palliativangeboten zukünftig auch allgemeine Informationen über persönliche Vorsorgeentscheidungen (wie Patientenverfügung, Vorsorge- und Betreuungsvollmacht) zur Verfügung. Zur SAPV wird klargestellt, dass deren Qualitätsanforderungen auch dann gelten, wenn sie in anderen Selektivverträgen mit den Krankenkassen gemeinsam mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung vereinbart werden. Im Krankenhausbereich wird die Zusage an den Bundesrat zur dauerhaften Möglichkeit für Palliativstationen oder -einheiten umgesetzt, krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Außerdem wird die Kalkulation eines bundesweit einheitlichen Zusatzentgelts für multiprofessionelle Palliativdienste im Krankenhaus ermöglicht, als Übergangsregelung zunächst durch krankenhausindividuelle Zusatzentgelte.

Der diesen Änderungen zugrunde liegende Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)0142.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung des Deutschen Bundestages

Im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie hat sich der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung des Deutschen Bundestages gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 18/559) am 21. Mai 2015 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 18/5170 (Bundesratsdrucksache 195/15) befasst und festgestellt, dass eine Prüfbitte nicht erforderlich ist, da die Bundesregierung die Nachhaltigkeit des Gesetzentwurfs plausibel dargestellt hat (Ausschussdrucksache 18(23)42-5).

Petitionen

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 und zum Antrag auf Drucksache 18/4563 lagen dem Ausschuss Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten forderten im Wesentlichen,

- dass die aktive Sterbehilfe sowie die Beihilfe zum Suizid abgelehnt und stattdessen eine ausreichende Finanzierung der Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.
- dass das Bundesministerium für Gesundheit eine Kampagne zur gesellschaftlichen Aufklärung über Hospizarbeit und Palliativmedizin unter Beteiligung der für die Interessensvertretung der Hospizdienste und Palliativmedizin maßgeblichen Organisationen startet.
- dass für die Beantragung von stationären Hospizleistungen einheitliche und vollständige Antragsformulare entsprechend den Rahmenvereinbarungen nach § 39a SGB V mit den beteiligten Spitzenorganisationen erstellt werden, um falsches oder unvollständiges Ausfüllen der Anträge zu vermeiden.

Die Petitionen wurden in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss über die Ergebnisse entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** führte aus, das vorliegende Gesetz und die Änderungsanträge basierten auf den drei Säulen Stärkung bestehender Strukturen, Ausweitung der Leistungen für die Patientinnen und Patienten und Etablierung von Kontrollmechanismen. Durch die Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln für den Hospizbereich, die Einführung von Schiedsstellen, durch eine bessere Vergütung von Hausärzten für Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), wenn diese Qualitäts- und Vernetzungskriterien erfüllten, werde das System deutlich gestärkt. Die Möglichkeit, Selektivverträge zu schließen und die Einrichtung von Schiedsstellen hätten große Bedeutung für den ländlichen Raum und führten zu einer stärkeren Vernetzung von AAPV und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV). Sämtliche Maßnahmen stärkten das von unten nach oben gewachsene System der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung gerade auch in der Fläche. Im stationären Bereich sei es nun möglich, palliativmedizinische Dienste einzurichten. Für Kinderhospize werde es eine eigene Rahmenvereinbarung geben, um hier den Besonderheiten Rechnung zu tragen. Eine Vollfinanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung, wie es der Antrag der Fraktion DIE LINKE. fordere, lehne man ab, da die Hospizarbeit auch auf dem Engagement der Zivilgesellschaft basiere. Die Beratung der Menschen sei wichtig und werde deshalb in den Leistungskatalog aufgenommen. Dem GKV-Spitzenverband würden diverse Berichtspflichten auferlegt, um die Wirkung der Maßnahmen und die Entwicklung des Versorgungssystems besser kontrollieren und weiterentwickeln zu können.

Die **Fraktion der SPD** erklärte, die Anträge der Oppositionsfraktionen enthielten zwar einige gute Ansätze, in dem vorliegenden Gesetz sei aber deutlich ein roter Faden erkennbar. Die bestehenden Strukturen würden ausgebaut und finanziell gestärkt, damit alle Patientinnen und Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt gut versorgt werden könnten. Dies sei insbesondere für den ländlichen Bereich wichtig, wo in Teilen noch Hospiz- und palliativmedizinische Strukturen fehlten. Eine Studie habe gezeigt, dass die Menschen zu Hause sterben wollten. Dies sei aber nur möglich, wenn sowohl AAPV als auch SAPV für die Menschen gut erreichbar seien. Dies werde mit dem Gesetz weiter verbessert. Eine Vollfinanzierung der hospizlichen und palliativmedizinischen Versorgung sei keine Alternative, da das Ehrenamt Teil der Hospizkultur in Deutschland sei. Allerdings werde man die Arbeit von Hospizen und Hospizdiensten deutlich erleichtern, indem mehr Sachleistungen zuschussfähig würden. Dass in Krankenhäusern multiprofessionelle Palliativ-Teams aufgebaut werden könnten, sei ebenfalls ein wichtiger Schritt.

Die **Fraktion DIE LINKE.** kritisierte, dass Menschen in Einrichtungen und in häuslicher Versorgung auch durch die Änderungsanträge nicht den gleichen palliativen Versorgungsanspruch erhalten würden. Ein Vergleich mit anderen Ländern sowie eine aktuelle Studie zur Situation der Menschen am Lebensende zeige, dass insbesondere die AAPV gestärkt werden müsse. Der Gesetzesentwurf gehe zwar in diese Richtung, die Maßnahmen reichten jedoch bei Weitem nicht aus. Qualitätsstandards seien gerade in der AAPV dringend einzuführen. Durch die Änderungsanträge würden einige Punkte des eigenen Antrags abgedeckt, diesen werde man im Interesse der zu versorgenden Menschen deshalb zustimmen. Bei der Abstimmung zum Gesetzentwurf werde man sich aber enthalten, da wesentliche Forderungen nicht umgesetzt würden. Der Antrag der Grünen betone sehr stark das Ehrenamt, das jedoch Ergänzung des Regelangebots bleiben muss und professionelle Versorgung nicht ersetzen kann.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, dass ein Hospiz- und Palliativgesetz wichtig sei und man sich deshalb an der Erarbeitung der Änderungsanträge beteiligt habe. Hervorzuheben seien eine Verbesserung der Finanzierung der Trauerbegleitung in der ambulanten Hospizarbeit, die Berücksichtigung des Wunsches von Heimbewohnern bei einem Wechsel vom Pflegeheim in ein Hospiz, dass Krankenhäuser ohne Palliativstation und -einheit künftig die Möglichkeit eröffnet werde einen Palliativdienst zu beauftragen sowie die Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen und der Hospizdienste. Allerdings bleibe der Gesetzesentwurf in einigen Punkten hinter den Erwartungen zurück. Dies betreffe insbesondere das nicht gelöste Personalproblem sowie die zusätzliche Finanzierung der Pflegeeinrichtungen bei Sterbebegleitung. Die Beratung der Versicherten im Rahmen der Palliativ- und Hospizarbeit müsse individuell und unabhängig sein, was gegen die Beauftragung der Krankenkassen spreche. Trotz dieser Kritikpunkte werde man dem Gesetz aber zustimmen. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. werde in vielen Punkten geteilt und ähnele Forderungen im eigenen Antrag, weshalb man diesem zustimmen werde.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 18/5170, 18/5868 verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 – SGB V

Zu Nummer 2 (§ 37 SGB V: Evaluation der häuslichen Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung; Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes)

Es handelt sich um eine Parallelregelung zu Nummer 2a für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.

Zu Nummer 2a (§ 37b SGB V: Evaluation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält den gesetzlichen Auftrag, regelmäßig über die speziellen Versorgungsinstrumente der Palliativversorgung zu berichten. Das betrifft die Regelungen der häuslichen Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung, insbesondere zur Umsetzung der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die nach dem Gesetzentwurf um weitere Elemente der Palliativpflege erweitert werden soll. Das betrifft die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), womit eine gesetzliche Grundlage für den derzeitigen regelmäßigen SAPV-Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit geschaffen wird. Und das umfasst die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeheimen (vgl. den entsprechenden Änderungsantrag zu § 132g), also zur Umsetzung des neuen gesetzlichen Instruments nach Vereinbarung des entsprechenden Rahmenvertrags des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

Diese Berichtspflichten ergänzen die im Gesetzentwurf bereits enthaltenen Berichtspflichten (Evaluation der Vergütungsregelungen für zusätzliche vertragsärztliche Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab sowie die Evaluation der Kooperationsverträge mit Pflegeheimen durch den Bewertungsausschuss) und sollen mit diesen zeitlich synchronisiert werden, um regelmäßig ein Gesamtbild der Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten und etwaige Wechselwirkungen und Abgrenzungsfragen der verschiedenen gesetzlichen Instrumente klären zu können. Synchrone Berichtspflichten ermöglichen auch eine Zusammenführung in einem einzigen Bericht über die Palliativversorgung, in dem z. B. Einzelmaßnahmen abschnittsweise darstellt werden können. Da die Umsetzung des Gesetzentwurfs einen erheblichen zeitlichen Vorlauf hat (mit Änderung der zugehörigen Richtlinien des G-BA und Abschluss von Kollektivverträgen auf Bundesebene) wird die Berichtspflicht einheitlich erstmals Ende 2017 vorgesehen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird ermächtigt, gegenüber seinen Mitgliedkassen die für die Berichte erforderlichen statistischen Daten festzulegen (bisher beruht der SAPV-Bericht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf freiwilligen Meldungen der Krankenkassen). Bei den zu übermittelnden statistischen Informationen handelt es sich um anonymisierte Daten, d. h. um Daten ohne Personenbezug.

Zu Nummer 3 (§ 39a SGB V: getrennte Rahmenvereinbarungen für Kinder- und Erwachsenenhospize; Zuschuss der Krankenkassen zu Sachkosten der ambulanten Hospizdienste; Kooperation der Pflegeheime mit ambulanten Hospizdiensten und Wechsel in stationäre Hospize)

Zu Buchstabe a

Die im bisherigen Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit zu getrennten Rahmenvereinbarungen für Kinder- und Erwachsenenhospize wird verpflichtend geregelt. Damit wird die besondere Förderung altersgerechter Hospizangebote insbesondere für die hospizliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen sichergestellt. Die nach dem Gesetzentwurf geltende Verpflichtung zur Anpassung der Rahmenvereinbarungen erstmals innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der gesetzlichen Vorschriften gilt auch für die Trennung der bisher einheitlichen Rahmenvereinbarung für Erwachsenen- und Kinderhospize.

Zudem ist in der Rahmenvereinbarung zu konkretisieren, in welchen Fällen die Verlegung eines sterbenden Pflegeheimbewohners in ein stationäres Hospiz ermöglicht werden kann. Bisher sieht die Rahmenvereinbarung dazu lediglich vor, dass in Ausnahmefällen nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eine Verlegung erfolgen kann, wenn eine angemessene Versorgung des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich

ist. Entsprechende Entscheidungssituationen können insbesondere dann auftreten, wenn Pflegeheimbewohner am Lebensende ins Krankenhaus eingewiesen werden. Kommt eine Entlassung aus dem Krankenhaus noch in Betracht, ist kurzfristig und unbürokratisch über die Rückkehr in das Pflegeheim oder, wenn ein Hospizplatz zur Verfügung steht, auch über die Verlegung in ein stationäres Hospiz zu entscheiden. Bei der Bildung der Fallgruppen durch die Partner der Rahmenvereinbarung sind die berechtigten Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe cc

Die finanzielle Förderung der ambulanten Hospizdienste durch zusätzliche Berücksichtigung der Sachkosten neben den Personalkosten, die der Gesetzentwurf bereits vorsieht, wird näher gesetzlich konkretisiert. Der Zuschuss je Leistungseinheit wird von 11 auf 13 Prozent der Bezugsgröße erhöht. Durch die Regelung erfolgt eine pauschalierte Erhöhung bereits durch Gesetz. Die Rahmenvertragspartner haben dies entsprechend dem gesetzlichen Auftrag zur zusätzlichen Förderung der Sachkosten neben den Personalkosten über die Vereinbarung der Inhalte der vergüteten Leistungseinheiten und der zuschussfähigen Leistungen weiter zu konkretisieren, etwa unter Berücksichtigung regionaler oder konzeptioneller Besonderheiten der verschiedenen Hospizdienste (z. B. längere Wege in ländlichen Gebieten). Bei der finanziellen Förderung der Personal- und Sachkosten ist insbesondere dem besonderen Aufwand für das hospizliche Erstgespräch Rechnung zu tragen. Der steigende Zuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten, auch um die Trauerbegleitung der Angehörigen mit zu unterstützen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die Ergänzung stellt klar, dass stationäre Pflegeeinrichtungen grundsätzlich zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet sind. Die Regelung ergänzt damit die Verpflichtung der Rahmenvereinbarungspartner, in der Vereinbarung die ambulante Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen, und stellt damit einen weiteren wichtigen Beitrag zur Vernetzung der Hospizarbeit dar.

Zu Nummer 4 (§ 39b SGB V: allgemeine Informationsangebote der Krankenkassen über persönliche Vorsorgeentscheidungen)

Angesichts der Bedeutung persönlicher Vorsorgeentscheidungen für die selbstbestimmte Lebensführung in der letzten Lebensphase erhalten die Versicherten einen entsprechenden Anspruch auf Beratung durch die Krankenkassen. Diese haben für ihre Versicherten Informationsmaterial über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung bereit zu stellen. Das Informationsangebot erfolgt dabei nicht patientenindividuell, sondern in allgemeiner Form, um die freie Entscheidung des Versicherten über die persönliche Vorsorge zu gewährleisten. Damit ist keine Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten oder ein Versorgungsmanagement verbunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zu den Inhalten, um kassenübergreifend vergleichbare Informationen anzubieten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es von anderen öffentlichen Stellen bereits vergleichbares Informationsmaterial gibt (z. B. die vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz veröffentlichten Broschüren und Formulierungshilfen oder das Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), auf das zurückgegriffen werden kann.

Zu Nummer 5 (§ 73 SGB V: redaktionelle Korrektur)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Aufzählung der vertragsärztlichen Versorgungsleistungen in § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 14, zu der nunmehr auch die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b zählt.

Zu Nummer 6 (§ 87 SGB V: Stellungnahmen der Hospizverbände zu den neuen EBM-Regelungen)

Die Regelung stellt sicher, dass die Stellungnahmen der Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Pflegedienste im Entscheidungsprozess der Bundesmantelvertragspartner über den Abschluss der Vereinbarungen, in denen die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung bestimmt werden, einbezogen werden.

Zu Nummer 8 (§ 119b SGB V: redaktionelle Korrektur)

Redaktionelle Korrektur. Die identische Umschreibung der in Bezug genommenen Vergütungsregelungen in § 87 Absatz 2a und § 119b Absatz 3 Satz 1 im bisherigen Gesetzentwurf wird durch eine einfache Verweisung der einen auf die andere Vorschrift ersetzt.

Zu Nummer 9 (§ 132d SGB V: Einhaltung der Qualitätsanforderungen bei Selektivverträgen zur SAPV)

Ergänzende gesetzliche Regelung zur Verdeutlichung, dass die Qualitätsanforderungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auch dann gelten, wenn diese mit einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) gemeinsam in Selektivverträgen vereinbart wird. Abweichungen sind nur insoweit angezeigt, als die Eigenart der Versorgung es erfordert („entsprechende“ Geltung), insbesondere der Umstand, dass die Leistungen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schnittstellenübergreifend erbracht werden (etwa bei Mitversorgung von Palliativpatienten, für die eine SAPV nicht verordnungsfähig ist, weil keine komplexe Symptomatik überwacht werden muss oder keine 24-Stunden-Bereitschaft erforderlich ist, oder zur Einbindung von entsprechend qualifizierten Leistungserbringern, die im Rahmen anderer Selektivverträge auch an der SAPV beteiligt werden).

Zu Nummer 10 (§ 132g SGB V: Evaluation der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Pflegeheim; Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes)

Die Berichtspflicht über die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeeinrichtungen entspricht den Berichtspflichten zur häuslichen Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (siehe Begründung des Änderungsantrags zu den §§ 37 und 37b). Bei den zu übermittelnden statistischen Informationen handelt es sich um anonymisierte Daten, d. h. um Daten ohne Personenbezug.

Zu Artikel 4 – KHG

Zu den Nummern 1 und 2 (§ 17b Absatz 1 KHG: Möglichkeit für Palliativstationen oder -einheiten, krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren; Ermöglichung eines Zusatzentgelts für Palliativdienste)

Zu Nummer 1

Durch die Änderung wird für Palliativstationen oder -einheiten die Option gestärkt, krankenhausindividuelle Entgelte anstelle von bundesweit kalkulierten, pauschalen Entgelten zu verhandeln. Unabhängig von einer Einstufung als besondere Einrichtung wird diesen die Möglichkeit eingeräumt, durch einseitige Erklärung gegenüber den Kostenträgern krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Die Möglichkeit der eigenständigen Entscheidung der Krankenhäuser ist nicht von einer Entscheidung der Selbstverwaltungspartner abhängig, sondern wird vom Gesetzgeber dauerhaft gewährleistet. Wie im Falle einer Abrechnung der Leistungen von Palliativstationen im Rahmen des DRG-Systems, so ist auch bei der Vereinbarung von krankenhausindividuellen Entgelten zu erwarten, dass bei diesen Leistungen die geltenden Qualitätsanforderungen berücksichtigt werden, die u. a. in den Strukturmerkmalen der Operationen- und Prozedurenschlüssel für die palliativmedizinische Komplexbehandlung hinterlegt sind.

Wie bei der bislang vorgesehenen Vereinbarung über die zeitlich befristete Herausnahme aus dem System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) ist auch die zukünftig ausreichende einseitige Erklärung der Krankenhäuser zeitlich befristet. Da die Erklärung aber immer wieder erfolgen kann, kann das Krankenhaus eine dauerhafte Herausnahme aus dem DRG-System erreichen.

Zu Nummer 2

Da Bedarf an Palliativversorgung in allen Bereichen der Krankenhausversorgung besteht, soll die Palliativversorgung der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Die allgemeine Palliativversorgung sollte als Basisversorgung Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit sein und grundsätzlich in allen Krankenhäusern gewährleistet werden. Die spezialisierte Palliativversorgung auf einer eigenständigen Palliativeinheit kann über bereits bestehende Zusatzentgelte vergütet werden. Wenn die spezialisierte Palliativversorgung zur Ergänzung der allgemeinen Palliativversorgung für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten erforderlich ist, kann in den Krankenhäusern auch ein multiprofessionell organisierter Palliativdienst hinzugezogen werden. Durch Ermöglichung eines Zusatzentgelts für Palliativdienste soll diese Option gefördert werden. Sofern eine qualitativ angemessene Versorgung gewährleistet wird, kann die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste auch durch Kooperationsvereinbarungen organisiert werden, wenn das Krankenhaus keine eigenen palliativmedizinischen Strukturen vorhält. Dies ermöglicht es insbesondere auch kleineren Krankenhäusern, eine spezialisierte Palliativversorgung zu organisieren.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden durch die Regelung verpflichtet, im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, bis zum 29. Februar

2016 die erforderlichen Kriterien für eine Leistungsbeschreibung der spezialisierten Palliativversorgung über Palliativdienste zu entwickeln. Da jeweils bis Ende Februar Vorschläge zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information eingereicht werden können, kann mit einer entsprechend abgestimmten Leistungsbeschreibung für die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste ein neuer Schlüssel im Operationen- und Prozedurenschlüssel eingebracht werden. Auf der Grundlage dieser Leistungsbeschreibung können die Krankenhäuser dann im Jahr 2017 Leistungen von Palliativdiensten dokumentieren. Damit wäre im Jahr 2018 auf der Grundlage der vorliegenden Kosten- und Leistungsdaten von 2017 die Kalkulation eines Zusatzentgelts für die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste möglich, das dann erstmals im Jahr 2019 abrechenbar wäre.

Zu Artikel 4a – KHEntgG

Zu § 6 Absatz 2a KHEntgG (Vereinbarung krankenhausindividueller Zusatzentgelte für palliativmedizinische Versorgung durch Palliativdienste)

Die Regelung ermöglicht es Krankenhäusern ab dem Jahr 2017 als Zwischenlösung für die palliativmedizinische Versorgung durch außerhalb von Palliativstationen oder -einheiten erbrachte Palliativdienste krankenhausindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren. Dabei ist der neu einzuführende Operationen- und Prozedurenschlüssel zu beachten, dessen Einführung auf Basis der von den Vertragsparteien auf Bundesebene im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu entwickelnden Kriterien der Leistungsbeschreibung erfolgt. Die gesonderten Zusatzentgelte sind im Rahmen der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 zu vereinbaren. Durch diese Vorgehensweise kann nicht nur frühzeitig eine Lösung zur Finanzierung der Palliativdienste gewährleistet werden, sondern auch ein Anreiz zum Aufbau dieser Versorgungsstrukturen. Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte für Palliativdienste können solange vereinbart werden, bis ein bundesweites Zusatzentgelt kalkuliert werden kann. Die an der Vereinbarung der Erlössumme beteiligten gesetzlichen Krankenkassen haben die Höhe der krankenhausindividuellen Zusatzentgelte für Palliativdienste den Vertragsparteien auf Bundesebene mitzuteilen. Hierdurch ist eine bundesweite Information über die Anzahl und die Höhe der krankenhausindividuellen Zusatzentgelte für Palliativdienste möglich.

Berlin, den 4. November 2015

Emmi Zeulner
Berichterstatterin

Helga Kühn-Mengel
Berichterstatterin

Birgit Wöllert
Berichterstatterin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatterin



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333